

膵頭十二指腸切除術後に対する食事指導についての看護師の実態調査

キーワード 膵頭十二指腸切除術 食事指導 栄養状態改善

B棟6階 ○岡本風夏 近藤祐司 西田祐実

I. はじめに

当院では膵癌治療として膵頭十二指腸切除術(以下PD)が行われている。予後不良とされる膵癌であるが、術後化学療法は生命予後の延長が期待できるため当院でも導入されている。今まで膵癌術後の予後延長を期待するためには、術後化学療法を出来る限り早期に開始することが重要視されてきた。近年では化学療法の早期導入に加え、予定のプロトコルを完遂することがより重要な予後規定因子であるとされる研究結果が出ている。¹⁾しかしPD後の患者は膵機能低下に伴う栄養吸収不良、胃切除を伴う術式による食事摂取量の低下が影響し、術後総タンパク値とアルブミン値の低下から体重減少を引き起こしてしまうことが多い。栄養状態指標の改善は術後3か月程度かかり、術前と同等までの体重増加には3～6か月程度を要することが明らかとなっている。²⁾その原因として上腸間膜動脈周囲神経叢郭清の影響による難治性の下痢や膵外分泌機能の低下、胃・消化管機能の低下に伴う食欲不振などが出現し、栄養状態の悪化、QOLの低下を引き起こしていることが明らかにされている。³⁾これらの影響から化学療法継続のための体力を維持できず、治療が中断してしまう現状がある。また、近年の癌治療は通院や在宅で可能となっているケースが増えているため、治療に関わる生活管理や症状への対処は患者自身や支援する家族が主体的に行う必要があり、中でも食生活管理の

比重は大きいと考えられている。そのため近年では膵周術期に早期から栄養指導や食事指導を導入し、術前後から栄養状態改善を図っていくことが重要視されてきている。⁴⁾しかし具体的な指導内容を検討した先行研究はほとんど存在せず、統一した食事、栄養指導を導入するには至っていない現状がある。

II. 目的

PD後の食事指導に関する看護師の知識や統一した介入が行われていない原因を看護師の認識の違いから明らかにする。

III. 方法

1. 研究デザイン：質的記述研究デザイン

2. 研究対象者：B病棟6階に勤務する師長・主任を除いた看護師36名。

3. データ収集期間：2018年12月5日～2019年1月12日

4. データ収集方法：独自に作成した質問紙を用いてアンケート調査を行った。回答欄は知識の有無を問う質問については選択式を用いた。知識や看護師の行動の内容を問う質問については自由回答式を用いて作成した。

5. データ分析方法

回答は選択式、自由回答式共に単純集計を行い、質問項目毎に割合を算出。算出した割合を基に看護師の傾向を分析した。

6. 倫理的配慮

研究対象者には文書で研究の目的と方法、拒否しても不利益が生じないこと、匿名化、機密性について説明し、アンケート回収を以

って同意を得ることを明示した。

IV. 結果

アンケート回収率は 67%(36 名中 24 名)であった。PD に関する正しい理解を確認するため、PD とはどのような術式か自由記載方式で質問した。今回は食事指導に関する研究であり、食事指導内容に最も関わる「胃切除を伴う」という内容が含まれているかどうかを評価した。結果、17 名 (71%) の回答に胃切除に関する記載があった。

PD 後において重要視している合併症の中で最も多かったのが、膵液漏 20 名 (83%)、次いで出血が 12 名 (50%)、胆汁漏が 4 名 (17%)、血糖コントロール不良と胆管炎が 3 名 (12%)、発熱と下痢が 2 名 (8%) であった。食事に関連する合併症(胃内容排泄遅延((以下 DGE))、ダンピング症状、食事開始後の嘔気、嘔吐)は 8 名 (33%) であった。(図 1)

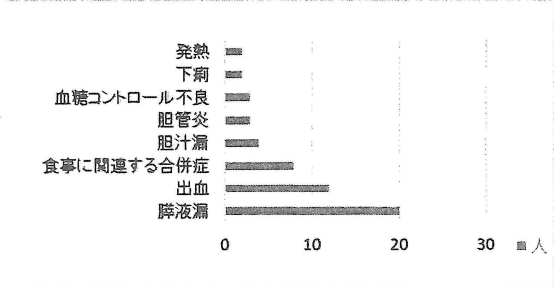


図 1. PD 後に重要視している合併症 (n=24)

『膵癌の生命予後が短いことについて知っているかどうか』という項目では、「よく知っていた」が 58%、「ある程度知っていた」が 42%であり、「あまり知らなかった」「全く知らなかった」という回答はなかった。(図 2)

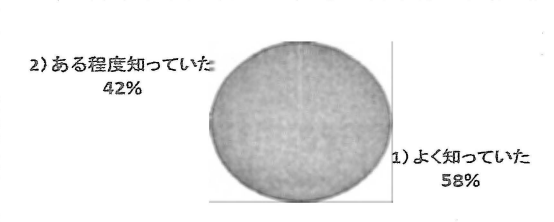


図 2. 膵癌の生命予後が短いことを知っているかどうか

また『PD 後の患者は退院後外来で術後化学療法を導入していることを知っているか』という質問に関しても「知っていた」が 96%と

高い割合となっていた。(図 3)しかし、『術後化学療法を術後早期に導入することに加え、完遂することが重要であることを知っているか』という項目に関しては「よく知っていた」が 9%、「ある程度知っていた」が 43%であり半数に留まっている。(図 4)『術後化学療法が完遂できない理由として、周術期の栄養状態悪化があることは知っているか』という項目に関しては、「よく知っていた」が 4%、「ある程度知っていた」が 42%と知識を有している割合は半数以下となっている。(図 5)

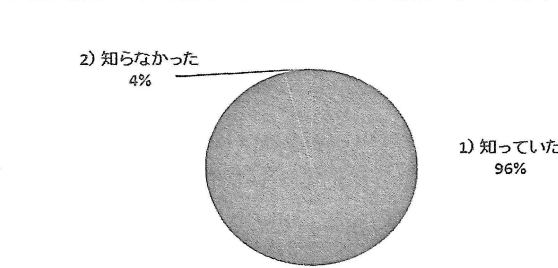


図 3. PD 後の患者は退院後外来で術後化学療法を導入していることを知っているか

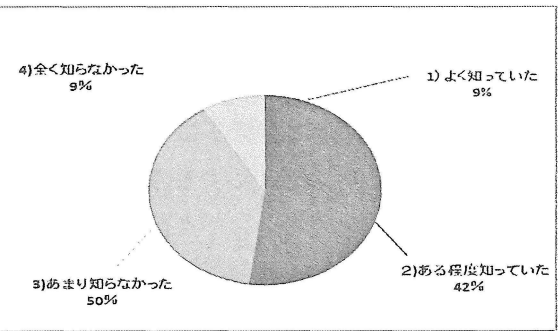


図 4. 術後化学療法を術後早期に導入することに加え、完遂することが重要であることを知っているか

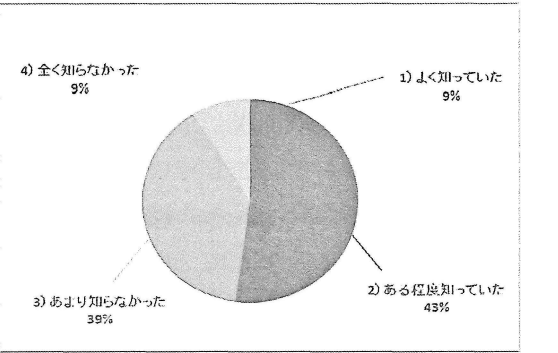


図 5. 術後化学療法が完遂できない理由として、周術期の栄養状態悪化があることは知っているか

『PD 後の患者に対して食事指導を行ったことがあるか』という項目では、「毎回行っている」が 33%、「たまに行っている」が 21%、「あまり行っていない」が 17%、「行ったことがない」が 29%であった。(図 6) 食事指導を行っている理由としては、「DGE のリスクがあるため」「ダンピング症状のリスクがあるため」「患者より質問があったため」が挙げられた。指導している内容は「ゆっくり時間をかける」が 10 名 (42%)、「よく噛んで食べる」「全量摂取せずに半分に留める」が 4 名 (17%)、「30 分かける」が 2 名 (8%) であった。指導を行ったことがない理由としては「必要性を感じなかった」「マニュアルや決まりがない」「受け持ちをしたことがない」が挙げられた。

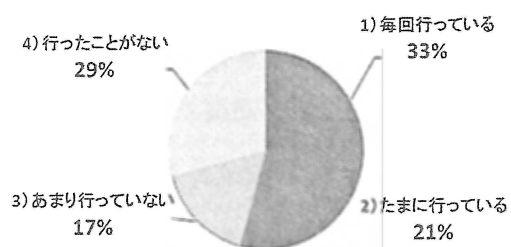


図 6. PD 後の患者に対して食事指導を行ったことがあるか

『胃癌術後患者に対して食事指導を行ったことがあるか』という項目については、「毎回行っている」が 67%、「たまに行っている」が 12%、「あまり行っていない」が 17%、「行ったことがない」が 4%であった。(図 7) 食事指導を行っている理由としては、「ダンピング症状のリスクがあるため」「胃の解剖学的変化が発生するため」「パス、パンフレットで指導することが決まっているため」が挙げられた。食事指導の内容としては「ゆっくり時間をかける」が 8 名 (33%)、「食後 30 分は座位を保つ」が 5 名 (21%)、「食事回数を増やす」が 3 名 (13%)、「ダンピング症状に関する指導を行っている」が 6 名 (25%) であった。指導を行っていない理由としては「胃癌術後患者を受け持ったことがない」という理由のみであっ

た。(図 7)

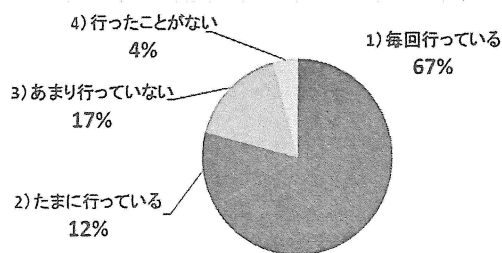


図 7. 胃癌術後患者に対して食事指導を行ったことがあるか

V. 考察

PD の術式を正しく理解できている割合は 71%と高い割合のスタッフが術式については理解できている。また術後に発生し得る合併症についても適切なものが記載されており、解剖学的な知識はあると考えられる。しかし術後合併症で重要視されている内訳を見ると、膵液漏と出血が高い割合を占めており、食事指導の割合は 33%に留まっている。これは膵液漏や出血が命の危険を伴うであり、術後早期には食事指導よりもより重症度の高い合併症を優先する必要があるためと考えられる。しかし 54%の看護師が PD 後には食事指導を行っているという結果も得られており、半数の看護師は食事指導が必要であることを理解し、実践に移すことができています。

しかし PD 後と胃切除術後に行っている食事指導内容を見てみると、両者共に、ダンピング症状の予防や DGE の予防を目的とした胃切除術に伴う症状を防止するための食事指導が行われており、両者に指導内容の差は見られなかった。PD は膵頭部を切除することによる膵機能低下や消化吸収機能の低下、胃切除に伴う食事摂取量の低下、体力の低下、倦怠感などから食事摂取量が不安定になりやすく、高嶋らの研究では術後 3 ヶ月までの期間では食事摂取量が術前の 88%程度となり、術後 6 か月程度経過してはじめて術前よりも食事摂取量が増加することが報告されている。さらに同研究では癌を罹患し、術直前の入院段階での食事摂取量と術後の食事摂取量を比較し

ているため、罹患前の食事摂取量からは更に低下していることが予想されると述べられている。⁵⁾ また摂取量が増加傾向に転じても栄養吸収不良、下痢などから低栄養状態に陥るリスクが高い。

過去の文献では、PD 後には消化吸收障害と耐糖能異常が問題となるため、高タンパク、低糖質、低脂質の食事を勧める慢性膵炎に準じた管理が良いとされ、補助療法として静脈栄養や経腸栄養を併用施行していくことが望ましいとされていた。⁶⁾ しかし現在膵癌においても入院期間の短縮が進んでおり外来化学療法が主流となっている。静脈栄養や経腸栄養の導入よりも経口摂取による栄養状態改善がより重要であると考えられる。また慢性膵炎に準じた食事・栄養管理指導では胃や十二指腸など消化管切除に伴う消化管機能低下による合併症に対する指導を行うことが困難である。そのためPD 後患者に対しては、胃切除術後同様の食事指導を行うことに加えて、膵切除に伴う栄養状態の低下を防止するため、摂取可能な食事は食べてもらい、栄養状態の改善を図っていくための指導が必要と考えられる。しかし、現在当科で行われているPD 後患者への食事指導は胃切除術後患者への食事指導と同様であり、PD 後患者に必要な栄養状態改善指導が行えていないことがわかる。この理由として、栄養状態の悪化で化学療法が中断されていることについての現状を理解できている看護師が半分以下であることが原因ではないかと考えられる。そのため胃切除術後指導に加えて、栄養状態改善のための指導を行う必要性について看護師それぞれが正しい知識を持つことが重要であると考えられる。

また現在はパンフレットなど統一された媒体が作成されておらず、パスにも食事、栄養指導が盛り込まれていない。アンケート結果でもPD 後患者に食事指導を行えていない理由として、「マニュアルや決まりがない」とい

う結果も出ている。対して胃癌術後患者に食事指導を行えている理由として、「パス、パンフレットで指導することが決まっているため」という理由が挙げられており、実際に食事指導を行っている割合も高い。そのため、PD 後患者に必要な食事指導の内容を記載したパンフレットなど統一された媒体を作成する必要性があると考えられる。

VI. 結論

PD 直後には膵液漏や出血など、より重大なリスクのある合併症を重要視するため、食事指導が遅れることが明らかになった。そのため、術前外来通院時などから食事、栄養指導を開始していくことが重要と考えられる。また現在当科看護師が行っているPD 後食事指導は胃切除術後食事指導内容に留まっているため、低栄養状態で治療が中断しないよう、栄養状態改善を目的とした媒体を作成し早期から介入していくことが重要である。

引用文献

- 1) 庄 雅之・赤堀 宇広・西和田 敏：膵癌に対する補助化学療法，臨外，第72巻(第12号)，p.1302-1305，2017.
- 2) 高嶋 浩子・江崎 稔・松原 弘樹：膵頭十二指腸切除術術後の栄養評価，New Diet Therapy, 30巻(4号)，p.3-9，2015.
- 3) 佐藤 菜保子・片寄 友・元井 冬彦：膵切除術後3ヶ月の患者QOL検討からみた症状介入の方略，膵臓，第30巻(5号)，p.654-662，2015.
- 4) 佐藤 菜保子・片寄 友・元井 冬彦：膵癌患者の術後栄養状態とQOLの経時的評価，膵臓，第32巻(6号)，p.873-881，2017.
- 5) 高嶋 浩子・江崎 稔・松原 弘樹：膵頭十二指腸切除術術後の栄養評価，New Diet Therapy, 30巻(4号)，p.8，2015.
- 6) 土師 誠二・大柳 治正：膵切除術前後，臨床栄養，Vol.90(No.4)，p.487-489，1997.